

SCHEDA ANAMNISTICA DI VALUTAZIONE MEDICO SPORTIVA

da compilarsi in modo dettagliato a cura dell'atleta o del genitore per l'atleta minorenni

Cognome e nome dell'atleta
Data e luogo di nascita dell'atleta
Residenza dell'atleta (CAP - via e città)
Cognome e nome del genitore che accompagna
Tipo e numero di documento dell'atleta o del genitore
Codice Fiscale dell'Atleta
Telefono (preferibilmente cellulare)
E-mail

ANAMNESI SPORTIVA

Sport per il quale viene richiesta la visita: Società

Numero degli allenamenti a settimana durata media

Data ultima visita Sempre idoneo alle precedenti visite

altri accertamenti

Non idoneo in precedenti visite per

ANAMNESI FAMILIARE fratelli e sorelle, genitori o nonni che soffrono o abbiano sofferto di:

Infarto

Ictus

Ipertensione arteriosa

Diabete

Colesterolo alto

Morte improvvisa GIOVANILE (prima dei 50 anni)

.....

.....

ANAMNESI PERSONALE

Fumo: mai fumato fuma dall'età di anni sigarette/giorno

ex fumatore, ha fumato per anni sigarette/giorno

Beve caffè: mai raramente si al giorno

Beve alcolici: mai raramente ai pasti

Vaccinazioni: è in regola con le vaccinazioni obbligatorie

Porta occhiali: No, non ho nessun problema visivo

Sì per

Non ho mai avuto malattie gravi

Malattie e sintomi rilevanti che devono essere segnalati: svenimenti improvvisi, vertigini improvvise, dolore toracico, aritmia cardiaca, malattie di cuore, ipertensione, allergie, asma allergico, asma da sforzo, diabete, mal di testa, malattie congenite, malattie del fegato, malattie dei reni, malattie psichiche, malattie polmonari, broncopolmoniti, epilessia e convulsioni, scoliosi, piedi piatti, daltonismo o difficoltà a distinguere i colori.

Specificare le eventuali malattie pregresse:

.....

.....

Per le Atlete:

- Non mestruta Mestruta. Età prima mestruazione: Ciclo mestruale regolare
 Disturbi mestruali In menopausa dall'età

Non sono mai stato sottoposto ad interventi chirurgici

Specificare gli eventuali interventi chirurgici a cui è stato sottoposto

Non ho mai avuto traumi di rilevante entità

Specificare gli eventuali traumi (fratture, distorsioni, traumi cranici, ecc.).....

Non ho mai avuto alcun disturbo rilevante legato allo sforzo fisico

Specificare se durante lo sforzo e l'attività fisica ha avuto palpitazioni vertigini
 svenimenti crisi respiratorie dolore toracico
 altro

Non sto assumendo farmaci per cure a lungo termine

Sto assumendo

NOTE ESAME OBIETTIVO A CURA DEL MEDICO:

EO:

NOTE E CONSIGLI:

EO OSTEO-SCHELETRICA:

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 GDPR Codice in materia di protezione dei dati personali, dichiaro di aver preso visione dell'Informativa e acconsento al trattamento dei dati anamnestici e personali finalizzato al solo espletamento delle pratiche sanitarie e procedure amministrative necessarie alla certificazione del giudizio di idoneità sportiva e successiva comunicazione agli Enti preposti.

Dichiaro di aver letto e compresa l'informativa relativa all'utilizzo dei miei dati personali e le sopracitate note e consigli, inoltre mi è stato risposto esaurientemente ad ogni mia domanda. Comprendo l'importanza e lo scopo di queste indicazioni fornite. Riconosco che esse sono necessarie alla mia sicurezza ed al mio benessere.

Padova, li ____/____/____

**Firma del dichiarante
(o di un genitore per atleti minorenni)**

Da compilarsi con i dati del genitore se l'atleta è minorenne

Letta e compresa l'informativa relativa all'utilizzo dei miei dati personali, di cui all'art.13 del regolamento Europeo 2016/679. Preso atto che il Trattamento dei miei dati e quello del Minore che rappresento, è necessario per il rilascio del certificato di idoneità all'attività sportiva

DO IL CONSENSO

Dichiaro di essere titolare della responsabilità genitoriale sul minore Atleta oggetto della presente

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Padova, li ____/____/____

Firma _____